

*Лебедева Е.Р., Кобзева Н.Р., Гилев Д.В., Олесен Д.Жес*

## **Анализ организации медицинской помощи и ведения больных с первичными головными болями**

Уральский государственный медицинский университет. Высшая школа экономики, Уральский Федеральный университет, г. Екатеринбург; Университет Копенгагена, г. Копенгаген

*Lebedeva E.R., Kobzeva N.R., Gilev D.V., Olesen Jes*

### **Analysis of organization of healthcare and management of patients with primary headache disorders**

#### **Резюме**

Целью настоящей работы была оценка предшествующей диагностики и лечения первичных головных болей в трех различных социальных группах (студенты, рабочие, доноры). Материалы и методы. Исследование включало 3124 человека. Которые входили в три группы: 1) студенты (1042 человек, из них 719 женщины, средний возраст 20,6, возрастной интервал 17-40 лет); 2) рабочие (1075 человек, из них 146 женщины, средний возраст 40,4, возрастной интервал 21-67 лет); 3) доноры крови (1007 человек, из них 484 женщины, средний возраст 34,1 года, возрастной интервал 18-64 лет). Все лица, включенные в исследование, были проинтервьюированы с использованием полуструктурированного интервью, проведенного лицом к лицу. Оно включало 4 части: 1) персональные данные (возраст, пол, профессия, номер телефона); 2) детальные характеристики головных болей; 3) информация о факторах риска развития головных болей; 4) предшествующее консультирование по поводу головных болей, предшествующий диагноз и лечение головных болей. Результаты. Выявлены следующие проблемы в организации медицинской помощи больным с головными болями: 1) недостаточная обращаемость к врачам. Несмотря на высокую распространенность всех первичных головных болей в трех исследуемых группах (67%), лишь 496 из 2110 участников с головными болями (23%) обращались к врачу в связи с головными болями. Среди лиц, страдающих головными болями, наиболее часто обращались студенты (342 из 968, 35%), наименее часто рабочие (60 из 457, 13%) и доноры (94 из 685, 14%). 2) Неполноценная диагностика головных болей. Лишь 12% пациентам был правильно поставлен диагноз мигрень и 9% головные боли напряжения. 3) Практически полное отсутствие профилактического лечения головных болей. Большинство пациентов использовали лишь купирование приступов головных болей, профилактическое лечение было назначено 2 пациентам (0,4%) при лечении мигрени. Вывод. Необходимо совершенствование диагностики и лечения первичных головных болей и разработка новых клинических рекомендаций по ведению больных на основе международных стандартов.

**Ключевые слова:** первичные головные боли, мигрень, головные боли напряжения, диагностика, лечение

#### **Summary**

**BACKGROUND:** The purpose of our study was analysis of previous diagnostics and treatment of primary headache disorders in three different social groups (students, workers and blood donors). **METHODS:** The study population included a total of 3124 participants: 1) 1042 students (719 females, 323 males, mean age 20.6, age range 17-40), 2) 1075 workers (146 females, 929 males, mean age 40.4, age range 21-67) and 3) 1007 blood donors (484 females, 523 males, mean age 34.1, age range 18-64). Selection of the three social groups was based on feasibility and possibility to include quickly large number of participants. We used a semi-structured, validated face-to-face interview. It included 4 parts: 1) personal data (age, sex, profession, telephone number); 2) detailed characteristics of headache; 3) information about risk factors for headache and 4) previous consultation, diagnosis and treatment of headache. **RESULTS:** We revealed the following problems in organization of healthcare for patients with primary headache disorders: 1) the lack of references to the doctors. Despite the high prevalence (67%) of primary headache disorders in three different social groups, only 496 of 2110 participants (23%) with headache consulted because of headache. Students consulted more frequently (35%), workers and blood donors less often (13% and 14% comparatively). 2) Inadequate diagnosis of primary headache. Only 12% of the patients had correct diagnosis of migraine and 9% tension type headache. 3) Almost full absence of prophylactic treatment of primary headache. The most patients used acute treatment and only 2 patients (0.4%) had prophylactic treatment of migraine. **CONCLUSION:** It's necessary to improve diagnostics and treatment of primary headache disorders and develop new clinical recommendations on management of headache disorders based on international standards.

**Key words:** primary headache disorders, migraine, tension type headache, diagnostics, treatment

## Введение

В настоящее время во всем мире проводится анализ распространенности первичных головных болей, факторов, ассоциированных с их развитием, а также анализ организации медицинской помощи и ведения больных с головными болями в рамках Всемирной кампании по борьбе с головными болями под эгидой ВОЗ. Головные боли откосятся к заболеваниям, существенно ухудшающим работоспособность и качество жизни людей. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, во всем мире мигрень занимает тринадцатое место (у женщин 12) среди лидирующих причин временной нетрудоспособности в связи с отсутствием на работе по причине сильных головных болей [1, 2]. В развитых странах мигрень занимает седьмое место среди заболеваний, приводящих к временной нетрудоспособности [3]. Во всех странах мира имеются проблемы оказания качественной медицинской помощи больным с головными болями, что связано с неполноценной диагностикой и лечением головных болей. Кроме того, во всем мире сохраняется тенденция, что лица с головными болями редко обращаются за медицинской помощью. Многие врачи неправильно понимают механизм развития первичных головных болей, считая их симптомом другого заболевания, в связи с этим чрезмерно используют МРТ и КТ головного мозга, ультразвуковые исследования сосудов головного мозга и шеи, рентгенографию позвоночника и др. В результате нередко клинически незначимая патология головного мозга (киста прозрачной перегородки, пустое турецкое седло, гипоплазия позвоночной артерии) интерпретируется врачами как причина головных болей. Незнание основ диагностики головных болей с использованием Международной классификации головных болей является основной причиной неправильно поставленного диагноза больным с головными болями и неправильно назначенного лечения [4]. Ошибки в организации медицинской помощи больным с головными болями и их ведении различаются не только между странами мира, но и внутри каждой страны, а также между различными социальными группами. В связи с этим необходим их тщательный анализ для последующего совершенствования диагностики и лечения головных болей. Целью настоящей работы была оценка предшествующей диагностики и лечения первичных головных болей в трех различных социальных группах (студенты, рабочие, доноры).

## Материалы и методы

### Исследуемые группы

Исследование включало 3124 человека (из них 1349 женщины), средний возраст 31,7, возрастной интервал 17-67 лет. Все участники входили в три социальные группы: 1) студенты (1042 человек, из них 719 женщины, средний возраст 20,6, возрастной интервал 17-40 лет); 2) рабочие (1075 человек, из них 146 женщины, средний возраст 40,4, возрастной интервал 21-67 лет); 3) доноры крови (1007 человек, из них 484 женщины, средний возраст 34,1 года, возрастной интервал 18-64 лет). Студенты, включенные в исследование, учились на 1-6 курсе

Уральского государственного медицинского университета. Большинство студентов – жители Екатеринбурга, 7% – жители других городов Свердловской области, 0,5% – жители других городов России и лишь 0,1% – жители деревень. Все рабочие обслуживали добычу нефти и газа на предприятии «Сургутнефтегаз», бурильщики, машинисты, электромонтеры, операторы. Большинство рабочих – 982 (91,3%) жили в г. Сургуте, 93 (8,7%) жили в других городах России. Большинство доноров крови – жители Екатеринбурга, лишь несколько (2%) – жители других городов Свердловской области. Эта группа включала людей различных профессий и представляла людей из общей популяции. Большинство участников в этих трех социальных группах представляли средний социальный слой и лишь несколько (1,1%) имели низкий социальный статус, все они входили в группу доноров.

Критерии включения в исследование:

- Пациент имеет первичные головные боли (мигрень, головные боли напряжения, кластерные головные боли)
- Пациент может дать характеристики головных болей
- Пациент не имеет когнитивных нарушений, а также нарушений речи, препятствующих сбору анамнеза и интервью

● Пациент согласен на проведение дополнительных исследований и последующего наблюдения в течение 1 года после первоначального обследования

Критерии исключения из исследования:

- Наличие в анамнезе или на момент интервью тяжелой неврологической или соматической патологии
- Наличие любых вторичных головных болей

Мы выбрали эти три социальные группы, исходя из доступности проведения исследования и наличия достаточного количества участников, подходящих для исследования. Мы включили доноров крови, поскольку эта группа использовалась нами ранее для проведения исследований и мы знали о высоком проценте участия и возможности быстрого набора большого количества лиц для исследования. Хотя эта группа включает людей различных профессий, она представляет отдельную социальную группу согласно социологическому определению. Социальная группа — объединение людей, имеющих общий значимый социальный признак, основанный на их участии в некоторой деятельности, выполнении общественно необходимой функции в структуре общественного разделения труда и деятельности. Рабочие были проинтервьюированы во время ежегодного медицинского осмотра на предприятии. Студенты медицинского университета были включены в исследование после лекции, посвященной головным болям, после которой у многих студентов появился интерес к этому исследованию.

Сбор данных для исследования

Исследование было проведено с сентября 2012 по август 2013 года. Все лица, включенные в исследование, были проинтервьюированы с использованием полуструктурированного интервью, проведенного лицом к лицу врачом неврологом или специально обученными

студентами. Мы включили всех, кто согласился на исследование, а также на основании критериев включения и исключения. Процент участия у студентов медицинского университета составил 90-95% в каждой группе, у рабочих предприятия «Сургутнефтегаз» во время медицинского осмотра – 97%, у доноров в день взятия крови – 98%. В связи с высоким процентом участия в исследовании мы не проводили анализ неучастия.

Полуструктурированное интервью было модифицировано и расширено с использованием валидизированного интервью [5]. Оно включало 4 части: 1) персональные данные (возраст, пол, профессия, номер телефона); 2) детальные характеристики головных болей; 3) информация о факторах, ассоциированных с развитием головных болей; 4) предшествующее консультирование по поводу головных болей, предшествующий диагноз и лечение головных болей.

Исследование проходило в 3 этапа.

- Первый этап включал полуструктурированное интервью, проведенное по специально разработанной анкете. Анкета включала характеристики головных болей, возраст, в котором начались головные боли, частоту болей за последний год и частоту в месяц, лечение головных болей, предшествующую диагностику, а также информацию о факторах, связанных с их развитием.

- На втором этапе проанализированы все заполненные анкеты и при наличии неполной информации произведено повторное телефонное интервью пациентов для получения полной информации по головным болям, в том числе для подтверждения наличия 2 и более видов головных болей, а также получения дополнительной информации по лечению головных болей и их предшествующей диагностике. Повторное интервью было проведено у 2% участников исследования.

- На третьем этапе был поставлен диагноз головных болей согласно Международной классификации головных болей врачом неврологом. При этом были отобраны наиболее сложные случаи, которые были проанализированы двумя неврологами-экспертами в области головных болей, при необходимости телефонное интервью было проведено повторно и таким образом, был поставлен диагноз головных болей согласно Международной классификации головных болей версии 3 бета.

Мы не включили пациентов, у которых были упущены важные данные или было невозможно связаться с пациентом для сбора недостающих данных. На этом основании мы исключили 125 участников и еще пять были исключены на основании критериев исключения. Таким образом, общее количество лиц, включенных в исследование составило 3124.

Статистический анализ

Произведен расчет общей и стандартизированной по полу распространенности в течение 1 года мигрени без ауры, мигрени с аурой, вероятной мигрени (при наличии всех, кроме одного критерия для мигрени, согласно Международной классификации головных болей, и при отсутствии критериев для ГБН), эпизодической/частой ГБН, вероятной ГБН (при наличии всех, кроме одного

критерия для ГБН, согласно Международной классификации головных болей, и при отсутствии критериев для мигрени и вероятной мигрени), кластерной головной боли, хронической мигрени, хронической головной боли напряжения и вероятной головной боли, связанной с избыточным употреблением анальгетиков. В нашем исследовании не было головных болей, связанных с избыточным употреблением триптанов и других лекарств, кроме анальгетиков.

Связанные с полом различия в распространенности головных болей были исследованы между участниками трех социальных групп с использованием непарного т-теста и критерия хи-квадрат. Общая распространенность головных болей была рассчитана в процентах. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ) были рассчитаны с использованием логит-регрессии. Нашей задачей было найти различия между социальными группами в частоте мигрени и ГБН, редкие формы головных болей и подтипы головных болей при этом не учитывались. Значения  $P < 0,05$  являлись статистически значимыми.

Мы посчитали, что общая распространенность мигрени была бы 12% у женщин 16% и у мужчин 8%. Принимая уровень статистической значимости 0,05 и риск ошибки второго рода (ложноотрицательного результата) 20%, мы рассчитали, что необходимое количество участников в каждой группе должно быть 258. Для того, чтобы выявить связанные с полом различия и иметь достаточную мощность, если различия окажутся несколько меньше, мы выбрали размер выборки 1000. Для каждого рассчитываемого параметра мы использовали то количество участников, которые имели данные по этому параметру, поэтому в таблицах количество участников по отдельным параметрам может быть ниже, чем общее количество участников в каждой группе.

Этические аспекты.

Этический комитет Уральского государственного медицинского университета одобрил данное исследование. Все участники были информированы о цели исследования. Подписанное информированное согласие на исследование было получено от всех участников.

## Результаты и обсуждение

Клинические характеристики трех исследуемых социальных групп представлены в Таблице 1. Эти группы были достаточно разнородными по полу и возрасту. Мужчины преобладали в группе рабочих (86%), женщины в группе студентов (69%), в группе доноров количество мужчин (52%) было приблизительно такое как и женщин (48%). Самый молодой средний возраст среди этих групп был у студентов (21 год), наиболее старший средний возраст у рабочих (40 лет) и доноры занимают промежуточное положение по среднему возрасту (34 года). Не было выявлено статистически значимых различий в среднем возрасте у мужчин и женщин внутри каждой группы.

Студенты имели наибольшую распространенность первичных головных болей в течение года (93%), как мигрени (29%), так и головных болей напряжения (77%).

Таблица 1. Клинические характеристики участников в трех различных социальных группах

Характеристики	Доноры крови (n=1007)	Рабочие (n=1075)	Студенты (n= 1042)	Все лица трех групп (n= 3124)
<b>Мужчины</b>	523 (52%)	929 (86%)	323 (31%)	1775 (57%)
Средний возраст и возрастной интервал	33 19-61	39,8 21-67	20,9 17-38	31,3 17-6
<b>Женщины</b>	484 (48%)	146 (14%)	719 (69%)	1349 (43%)
Средний возраст и возрастной интервал	35,6 18-64	43,2 25-62	20,5 17-40	33,1 17-64
<b>Все</b>	1007	1075	1042	3124
Средний возраст и возрастной интервал	34,2 18-64	40,4 21-67	20,6 17-40	31,7 17-67
<b>Мужчины с головными болями</b>	323(61,8%)	356 (38,3%)	284 (87,9%)	963 (54,3%)
<b>Женщины с головными болями</b>	362 (74,8%)	101 (69,2%)	684 (95,1%)	1147 (85%)
<b>Все с головными болями</b>	685 (68%)	457 (42,5%)	968 (92,9%)	2110 (67,5%)
<b>Мигрень у женщин</b>	94 (19,4%)*	27 (18,5%)	250 (34,7%)	371(27,5%)
<b>Мигрень у мужчин</b>	25(4,8%)	52 (5,6%)	48 (14,8%)	125 (7%)
<b>Мигрень у всех</b>	119(11,8%)	79 (7,3%)	298 (28,6%)	496 (15,9%)
<b>Головные боли напряжения у женщин</b>	318 (65,7%)	96 (65,7%)	552 (76,7%)	966(71,6%)
<b>Головные боли напряжения у мужчин</b>	311 (59,5%)	302 (32,5%)	256 (79,2%)	869(48,9%)
<b>Головные боли напряжения у всех</b>	629 (62,5%)	398 (37,0%)	808 (77,5%)	1835(58,7%)

\*процент рассчитан, используя общее число мужчин/женщин в каждой группе

Рабочие имели наименьшую распространенность всех первичных головных болей (42%), а также мигреней (7%) и головных болей напряжения (37%). Доноры занимали промежуточное положение: распространенность всех первичных головных болей в течение года составила 68%, мигрени 12%, головных болей напряжения 62%.

Несмотря на высокую распространенность всех первичных головных болей в трех исследуемых группах (67%), лишь 496 из 2110 участников с головными болями (23%) обращались к врачу в связи с головными болями (Таблица 2). Наиболее часто обращались студенты (342 из 968, 35%), наименее часто рабочие (60 из 457, 13%) и доноры (94 из 685, 14%). Мы подразделили каждую группу на две подгруппы в соответствии с наличием диагноза мигрень или головные боли напряжения согласно Международной классификации головных болей 3 бета. Не выявлено статистически значимой разницы в обращениях к врачам лиц, страдающих мигренью или головными болями напряжения. Из 496 консультировавшихся по поводу головных болей участников 352 (70%) обращались к неврологу и 149 (30%) к терапевту. Студенты отметили, что некоторые из них (17%) обращались к педиатру в связи с головными болями. Лишь незначительное количество участников (8,7%) обращались к остеопату, кардиологу и физиотерапевту в связи с головными болями. Среди лиц, обратившихся за медицинской помощью, инструментальные методы диагностики были назначены

половине (52,6%). Наиболее часто использовались ультразвуковые исследования сосудов головного мозга и шеи (17%), МРТ головного мозга (16%), а также рентгенография шейного отдела позвоночника - ШОП (16%) и электроэнцефалография (14%), КТ головного мозга была назначена в 4% случаев.

В Таблице 3 представлены предшествующие диагнозы у участников трех групп, имевших в прошлом консультации по поводу головных болей. Эти диагнозы представлены в сравнении с поставленными нами диагнозами мигрень или головные боли напряжения у каждого участника в соответствии с Международной классификацией головных болей версии 3 бета. Из всего числа консультировавшихся в прошлом участников лишь 12% пациентам был правильно поставлен диагноз мигрень и 9% головные боли напряжения. Неправильный диагноз имели 42% обратившихся за консультацией пациентов с мигренью и 37% обратившихся с головными болями напряжения. Среди неправильных диагнозов наиболее часто встречались вегетативно-сосудистая дистония (56%), шейный остеохондроз (35%) и внутричерепная гипертензия (10%). Все эти диагнозы наиболее часто ставились пациентам, имевшим в действительности головные боли напряжения. Диагноз вегетативно-сосудистой дистонии и внутричерепной гипертензии ставился наиболее часто студентам. Диагноз шейный остеохондроз ставился одинаково часто во всех трех исследуемых группах.

**Таблица 2. Предыдущие консультации и обследования у участников трех различных социальных групп с мигренью и головными болями напряжения**

Предыдущие консультации и обследования	Доноры крови (n=94)		Рабочие (n=60)		Студенты (n=342)		Все лица трех групп (n=496)	
	Мигрень (n=53)	ГБН (n=41)	Мигрень (n=33)	ГБН (n=27)	Мигрень (n=180)	ГБН (n=162)	Мигрень (n=266)	ГБН (n=230)
Терапевт	14 (26,4%)	19 (46,3%)	8 (24,2%)	24 (74,1%)	83 (46,1%)	101 (62,4%)	105 (39,5%)	144 (62,6%)
Невролог	15 (28,3%)	26 (63,4%)	6 (18,2%)	23 (70,4%)	139 (72,2%)	143 (88,3%)	160 (60,1%)	192 (83,5%)
Остеопат	1 (1,9%)	5 (12,2%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (4,4%)	8 (4,9%)	9 (3,4%)	13 (5,6%)
Физиотерапевт	1 (1,9%)	6 (14,6%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (3,9%)	6 (3,7%)	8 (3,0%)	12 (5,2%)
Кардиолог	1 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,4%)	0
Педиатр	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	26 (14,4%)	32 (19,8%)	26 (9,8%)	32 (13,9%)
УЗИ	2 (3,7%)	5 (12,2%)	0 (0%)	3 (11,1%)	32 (17,8%)	27 (16,7%)	34 (12,8%)	35 (15,2%)
КТ головного мозга	3 (5,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (3,9%)	11 (6,8%)	10 (3,7%)	11 (4,5%)
МРТ головного мозга	4 (7,6%)	12 (29,3%)	0 (0%)	12 (44,4%)	24 (13,3%)	26 (16,1%)	28 (10,5%)	50 (21,7%)
Рентгенография ШОП	2 (3,8%)	11 (26,8%)	0 (0%)	0 (0%)	32 (17,8%)	33 (20,4%)	34 (12,8%)	44 (19,1%)
УЗИ сосудов мозга или шеи	3 (5,7%)	11 (26,8%)	0 (0%)	7 (25,9%)	34 (18,9%)	29 (17,9%)	37 (13,9%)	47 (20,4%)

**Таблица 3. Предшествующие диагнозы у участников трех различных социальных групп с мигренью и головными болями напряжения, консультировавшихся ранее по поводу головных болей**

Предшествующие диагнозы	Доноры крови (n=94)		Рабочие (n=60)		Студенты (n=342)		Все лица трех групп (n=496)	
	Мигрень (n=53)	ГБН (n=41)	Мигрень (n=33)	ГБН (n=27)	Мигрень (n=180)	ГБН (n=162)	Мигрень (n=266)	ГБН (n=230)
Вегетативн о-сосудистая дистония	8 (15,1%)	33 (80,5%)	7 (21,2%)	9 (33,3%)	98 (54,4%)	124 (76,5%)	113 (42,5%)	166 (72,2%)
Дисциркуляторная энцефалопатия	2 (3,8%)	1 (2,4%)	1 (3%)	2 (7,4%)	8 (4,4%)	9 (5,6%)	11 (4,1%)	12 (5,2%)
Шейный остеохондроз	11 (20,8%)	18 (43,9%)	4 (12,1%)	14 (51,9%)	54 (30%)	75 (46,3%)	69 (25,9%)	107 (46,5%)
Внутричерепная гипертензия	1 (1,9%)	4 (9,8%)	3 (9,1%)	1 (3,7%)	19 (10,6%)	24 (14,8%)	23 (8,6%)	29 (12,6%)
Головные боли напряжения	4 (7,6%)	3 (9,8%)	2 (6,1%)	3 (11,1%)	13 (7,2%)	19 (11,7%)	19 (7,1%)	25 (10,9%)

Мигрень	8 (15,1%)	5 (12,2%)	3 (9,1%)	2 (7,4%)	22 (12,2%)	18 (11,1%)	33 (12,4%)	25 (10,9%)
Посттравматические головные боли	3 (5,7%)	1 (2,4%)	2 (6,06%)	4 (14,8%)	5 (2,8%)	5 (3,1%)	10 (3,7%)	10 (4,3%)
Другой диагноз	9 (17%)	5 (12,2%)	5 (15,2%)	15 (55,6%)	65 (36,1%)	128 (79%)	79 (29,7)	148 (64,3%)

**Таблица 4. Предшествующее лечение мигреней и головных болей напряжения в трех различных социальных группах**

Предшествующее лечение	Доноры крови		Рабочие		Студенты		Все лица трех групп	
	Мигрень (n= 119)	ГБН (n= 629)	Мигрень (n=79)	ГБН (n= 398)	Мигрень (n=298)	ГБН (n=808)	Мигрень (n=496)	ГБН (n=1835)
<b>Купирование приступов головной боли</b>								
Триптаны < 8 раз в месяц	9 (7,6%)	0	0	0	22 (7,4%)	0	31 (6,2%)	0
Триптаны ≥8 раз в месяц	0	0	0	0	0	0	0	0
Анальгетики/ НПВС < 15 раз в месяц	73 (61,3%)	363 (57,7%)	45 (56,9%)	171 (43%)	99 (33,2%)	593 (73,4%)	217 (43,7%)	1127 (61,4%)
Анальгетики/ НПВС ≥15 раз в месяц	2 (1,7%)	9 (1,4%)	1 (1,3%)	3 (0,8%)	1 (0,3%)	42 (5,2%)	4 (0,8%)	54 (2,9%)
Спазмолитики	0	0	0	4 (1%)	0	107 (13,2%)	0	121 (6,6%)
Седативные препараты	0	0	0	0	0	55 (6,8%)	0	55 (2,9%)
Гипотензивные препараты	0	0	0	23 (5,8%)	0	1 (0,1%)		24 (1,3%)
Препараты группы эрготамина	2 (1,7%)	0	0	0	0	0	2 (0,4%)	0
Сон	0	4 (0,6%)	0	1 (0,3%)	15 (7,6%)	74 (9,2%)	15 (3,0%)	79 (4,3%)
Холод к голове	1 (0,8%)	0	1 (1,3%)	0	6 (2,0%)	0	8 (1,6%)	0
Употребление чая	0	3 (0,5%)	1 (1,3%)	4 (1%)	0	5 (0,6%)	1 (0,2%)	12 (0,6%)
Ничего	37 (31,1%)	232 (36,9%)	18 (22,8%)	203 (51,0%)	161 (54,0%)	45 (5,6%)	216 (43,5%)	480 (26,1%)
Профилактическое лечение мигрени и ГБН	0	0	0	0	2 (0,7%)	0	2 (0,4%)	0

Результаты анализа предшествующего лечения головных болей в трех социальных группах представлены в Таблице 4. Мы проанализировали лечение в соответствии с поставленными нами диагнозами: мигрень и головные боли напряжения. Некоторые пациенты имели сочетание мигрени и головных болей напряжения, при этом каждый вид головной боли учитывался в этой таблице по отдельности. Мы включили всех лиц с головными болями, которые имели лечение головных болей в прошлом,

независимо от того обращались они к врачу или нет, поскольку значительное большинство пациентов к врачу не обращались и использовали медикаменты по рекомендации фармацевтов. В результате этого большинство пациентов использовали лишь купирование приступов головных болей. Профилактическое лечение было назначено 2 пациентам (0,4%) при лечении мигрени. При лечении головных болей напряжения профилактическое лечение не использовалось. Для купирования приступов мигрени

45% пациентов употребляли анальгетики или нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и 6% триптаны. Для купирования головных болей напряжения 64% пациентов использовали анальгетики или НПВС, другие препараты (спазмолитики, гипотензивные, седативные) использовали 11% пациентов. Злоупотребление анальгетиками отмечено у 0,8% пациентов с мигренью и у 2,9% больных с головными болями напряжения. Злоупотребления триптанами не отмечено ни в одном случае. Немедикаментозные методы купирования боли (холод к голове, чай, сон) использовали 4,8% пациентов с мигренью и 4,9% пациентов с головными болями напряжения. Многие пациенты с мигренью (43%) не использовали никакие средства для купирования боли, поскольку не видели эффекта от их использования. Четверть пациентов с ГБН (26%) также не использовали никакие средства для купирования боли, поскольку в этих случаях боль была легкой или умеренной интенсивности и исчезала самостоятельно. При анализе предшествующего лечения в трех социальных группах выявлены различия. Триптаны и седативные препараты для купирования болей использовали только студенты. Злоупотребление анальгетиками наиболее часто встречалось у студентов. Студенты также достаточно часто использовали немедикаментозные способы купирования боли, особенно сон. Гипотензивные препараты для купирования боли использовали только рабочие. Из всего количества участников с головными болями лишь двое студентов использовали профилактическое лечение мигрени, остальные группы такое лечение не использовали.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о следующих проблемах в организации медицинской помощи больным с головными болями: 1) недостаточная обращаемость к врачам; 2) неполноценная диагностика головных болей; 3) практически полное отсутствие профилактического лечения головных болей. Наибольшие сложности в организации медицинской помощи имеют студенты. В дальнейшем это может привести к развитию хронических головных болей, особенно у студентов. Хотя распространенность хронических головных болей по данным нашего исследования (1,7%) практически такая же как в Западной Европе, в других регионах России распространенность хронических головных болей в 2-3 раза выше, чем в Западной Европе и Америке [6]. Поэтому при отсутствии совершенствования организации медицинской помощи больным в нашем регионе ситуация может ухудшиться. В связи с этим необходим анализ причин, влияющих на это, а также разработка программы по улучшению диагностики и лечения головных болей.

По данным проведенных исследований, недостаточная обращаемость к врачам может быть связана с предшествующим негативным опытом лечения головных болей, разочарованием, бытующим мнением, что головные боли неизлечимы, самостоятельным назначением анальгетиков для купирования боли, а также боязнью диагностики более серьезного заболевания [7]. По данным интернет опроса населения из различных регионов

России, 52,2% пациентов отмечали постоянную или периодическую головную боль, при этом лишь половина респондентов обращалась или собирается обратиться к врачу [8]. Причинами необращения к врачам были: недоверие к врачам (81,6%), недоступность специалистов по головной боли (59,7%), отсутствие необходимости в консультации (47,4%), боязнь выявления тяжёлого заболевания (19,2%). В отличие от проведенного ранее исследования в России [6], наши пациенты, страдающие мигренью, обращаются за медицинской помощью в 2 раза чаще (54% и 25% соответственно), а при наличии головных болей напряжения практически также как и в других регионах России (12,5% и 9,5% соответственно). Наши данные находятся в соответствии с большинством Европейских исследований [9,10,11,12,13,14]. Различием является лишь то, что в Европе, Англии и Америке пациенты с головными болями наиболее часто обращаются к терапевтам и врачам общей практики, а наши пациенты чаще обращались к неврологам. Студенты лидируют по распространенности головных болей и по числу обращений к врачам (35%).

Неполноценная диагностика головных болей связана в первую очередь с незнанием или неиспользованием Международной классификации головных болей и использованием диагнозов, не входящих в Международную классификацию болезней (вегетативно-сосудистая дистония, синдром внутричерепной гипертензии, дисциркуляторная энцефалопатия и др.). Эти данные соответствуют другим исследованиям, проведенным в России и в Турции [15]. Однако процент постановки правильных диагнозов по поводу головных болей у нас значительно ниже. Лишь 12% пациентам, страдающим мигренью, был поставлен такой диагноз. Для сравнения, в Турции 42% пациентам с мигренью был поставлен диагноз мигрень в первый визит к врачу и этот процент увеличился до 51% в последующие визиты [15].

Некачественное лечение головных болей связано, прежде всего, с неправильной диагностикой головных болей и с незнанием врачами Международных стандартов ведения больных с головными болями, отчасти это может быть связано также с возможностью безрецептурного приобретения многих препаратов в аптеках, в первую очередь анальгетиков. Результаты нашего исследования показали, что практически все пациенты, страдающие головными болями, используют лишь препараты для их купирования. Предыдущее исследование, проведенное в России в 2008 году также свидетельствует об этом: большинство пациентов с головными болями (40%) использовало комбинированные анальгетики, одна пятая часть (22%) простые анальгетики, один человек (0,24%) препараты эрготамина и только 2 человека (0,5%) триптаны. Данные нашего исследования находятся в соответствии с этими показателями, за исключением использования триптанов: 6% пациентов, страдающих мигренью, использовали триптаны, что значительно выше, чем в предыдущем исследовании и соответствует Европейским данным. В настоящее время во всём мире только 0,4-1,4% от общей численности населения употребляют

триптаны [16]. По данным исследований, проведённых в Европе, процент пациентов с мигренью, принимающих триптаны, также достаточно низок и составляет 3-19% [7]. Процент употребления триптанов остаётся низким, в первую очередь, потому что большинство пациентов с мигренью не имеют правильного диагноза, и в связи с этим им не назначается лечение [17]. Невысокая частота использования триптанов может быть следствием того, что многие пациенты с мигренью имеют низкую частоту возникновения приступов.

Отсутствие профилактического лечения у большинства пациентов может быть объяснено неправильным диагнозом по поводу головных болей, незнанием показаний для его назначения, а также низкой частотой приступов мигрени у некоторых больных. В нашем исследовании только двое студентов (0,4%) использовали профилактическое лечение мигрени, в предыдущем исследовании, проведенном в России, лишь трое пациентов (0,7%) использовали профилактическое лечение. Во многих странах Европы профилактическое лечение головных болей также получают недостаточное количество пациентов, процент варьирует от 5% до 9%.

Таким образом, требуется совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с головными болями. Этому могут способствовать следующие мероприятия:

1) Обучение врачей, в первую очередь терапевтов, врачей общей практики и неврологов, основам диагностики и лечения головных болей согласно Международным стандартам.

2) Организация последовательной, поэтапной системы лечения головных болей.

3) Организация периодических медицинских осмотров с внедрением системы диагностики и лечения головных болей.

4) Повышение осведомленности населения о головных болях.

5) Проведение научных исследований в области головных болей, в том числе эпидемиологических.

## Заключение

Необходимо совершенствование диагностики и лечения первичных головных болей и разработка новых клинических рекомендаций по ведению больных на основе международных стандартов.■

*Лебедева Елена Разумовна – доктор медицинских наук, доцент кафедры СМП Уральского государственного медицинского университета, руководитель программы ВОЗ по преодолению бремени головных болей в Свердловской области, представитель России в научном Совете экспертов по головным болям в Европейской Академии неврологии, г. Екатеринбург; Кобзева Наталья Рязановна – врач невролог высшей категории Территориального центра медицины катастроф Свердловской области, г. Екатеринбург; Гилев Денис Викторович – ассистент кафедры эконометрики и статистики, Высшая школа экономики, Уральский Федеральный университет, г. Екатеринбург; Jes Olesen – профессор кафедры неврологии Университета Копенгагена и Датского центра лечения головных болей, основатель Международной классификации головных болей, г. Копенгаген; Автор, ответственный за периску - Лебедева Елена Разумовна, cosmos@k66.ru*

## Литература:

1. World Health Organization. World Health Report 2001. Geneva: WHO 2001.
2. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M., et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 15 (380):2163-2196.
3. Steiner T.J., Scher A.I., Stewart W.F., et al. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia* 2003; 23: 519-527.
4. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33:629-808.
5. Gervil M., Ulrich V., Olesen J., Russell M.B. Screening for migraine in the general population: validation of a simple questionnaire. *Cephalalgia* 1998;18: 342-348.
6. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A., et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia* 2012; 32:373-381.
7. McGregor E.A., Brandes J., Eikermann A. Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey. *Headache* 2003; 43:19-26.
8. Азимова, Ю.Э., Сергеев А.В., Осипова В.В., Табева Г.Р. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. *Неврологический журнал* 2001; 2: 44-49.
9. Rasmussen B.K., Jensen R., Schroll M., Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:1147-1157.
10. Stovner L., Hagen K., Jensen R., et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27: 193-210.
11. Lipton R.B., Serrano D., Holland S., et al. Barriers to the diagnosis and treatment of migraine: effects of sex, income, and headache features. *Headache* 2013; 53(1):81-92.
12. Moldovanu I., Odobescu S., Craciun C. Medication overuse in Moldova. Chronic migraine with and without medication overuse: the role of drug phobia and associated factors (according to the data of Headache Centre, Chisinau, the Republic of Moldova. *Cephalalgia* 2008;28: 1229-1233.
13. Katsarava Z., Dzagnidze A., Kukava M., et al. Primary headache disorders in the Republic of Georgia. Prevalence and risk factor. *J Neurology* 2009; 73: 1796-1803.
14. Lampl C., Buzath A., Baumhackl U., Klingler D. One-year prevalence of migraine in Austria: a nation-wide survey. *Cephalalgia* 2003;23(4):280-6.
15. Ertas M., Baykan B., Orhan E. et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache



- in Turkey: a nationwide home-based study in adults. J Headache Pain 2012; 13: 147-157
16. Panconesi A., Pavone E., Vacca F., Vaiani M., Banfi R. Triptans in the Italian population: a drug utilization study and a literature review. J Headache Pain 2008; 9(2):71-6.
17. De Diego E.V., Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). Cephalalgia. 2005;25(3):184-90.